

◆対象となる検査

先進医療として国が告示している不育症検査。

ただし、当該検査の実施医療機関として承認されており、且つ、保険適用されている不育症に関する治療・検査を、保険診療として実施している医療機関で当該検査を実施した場合に限ります。

※該当する検査及び実施医療機関につきましては、厚生労働省ホームページ「先進医療を実施している医療機関の一覧」をご参照ください。



◆対象

次のすべてに該当する方が対象です。

- ①既往流死産回数が2回以上の者。ただし、生化学的妊娠(化学流産)は含まない。
- ②申請日に、下関市内に住所を有していること
- ③下関市不妊症検査費助成事業受検証明書(様式第2号)に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため、集約・分析などを行うことに同意していること。

◆助成額

検査を終了した日の属する年度ごとに、1回の検査に係る費用の7割に相当する額(千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。)ただし、6万円を上限額とする。

◆助成期間

申請書等は、検査を受けた日の属する年度内(令和9年3月31日まで)に提出してください。

◆申請に必要なもの…(1)～(4)の書類、振込先口座が確認できるもの

※窓口にて振込先の確認をいたしますので、預金通帳もしくは、振込先が記載されたページの写し、デジタル通帳の場合は振込先が確認できる画面などをご持参ください。

必要書類		留意事項
(1)	下関市不育症 検査費助成事業 申請書 <様式第1号>	・裏面の記入例を参考にしてください。
(2)	下関市不育症 検査費助成事業 受検証明書 <様式第2号>	・医療機関に記載を依頼。 ・令和8年4月1日～令和9年3月31日の間に受けた対象となる検査費用の自己負担額について証明されたもの。
(3)	領収書 (原本)	・(2)証明書に記載された治療期間と領収年月日と金額に合致する領収書を持参。 ・領収書は日付順に並べ、ホッチキスははずす。 ・合致しない場合は、事前に下関市保健部健康推進課(083)231-1447へご相談ください。
(4)	住民票	・続柄を記載した世帯票。(個人番号【マイナンバー】の記載のないもの。) ・申請日から1か月以内に発行されたもの。

※(4)は、市民サービス課(市役所西棟1階)、各総合支所市民生活課、各支所等で発行。

マイナンバーカードを利用して、コンビニ等でも取得可能です。

※必要に応じてその他の書類を求めることがあります。

◆申請受付窓口

下関市保健部健康推進課(南部町1番1号)へ提出してください。

ご不明な点は、下関市保健部健康推進課(083)231-1447へお問い合わせください。

様式第1号（第5条関係）

【記入例】

不育症

下関市不育症検査費助成事業申請書

関係書類を添えて、以下のとおり不育症検査の助成を申請します。
また、本申請に当たり、下関市が助成要件確認のため市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認及び市町村又は受検した医療機関に情報の照会を行うこと並びに「下関市不育症検査費助成事業検査受検証明書」に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため、集約・分析等を行うことについて同意します。

	(ふりがな) 氏 名	生年月日	
申請者	(しものせき はなこ) 下関 花子	〇〇年 〇〇月 〇〇日(〇〇歳)	
住所	〒750-0000 下関市〇〇町〇〇番〇〇号		電話 〇〇〇(〇〇〇〇) 〇〇
備考	屋間の連絡先を記入してください。		
申請額	記入不要です。 円		
	年 月 日	宛先 下関市長	
振込先	金融機関名	☒ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 農協	〇〇 ☐ 本店 ☒ 支店(支所) ☐ 出張所
	貯金種別	☒ 普通 ☐ 当座	(ふりがな) しものせき はなこ 下関 花子
	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	(左詰記入)

申請受理年月日	年	空白のまま お持ちください。	不承認	年 月 日	☐ 承認 ☐ 不承認
受給者番号			年月日		

※太枠の中をご記入ください。

振込先は、申請者が口座名義人となっている口座をご記入ください。

(添付書類)

- ・下関市不育症検査費助成事業受検証明書（第2号様式）
- ・医療機関発行の領収書（写し）